FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

ANNÉE 1967 — N° —

04

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Par

ROGER DALLAIS

Né le 18 Janvier 1936, à LIGNAC (Indre)

Présentée et soutenue publiquement le

8 FEV. 1967

TITRE :

Contribution à l'Etude des Fibroxanthomes Atypiques

(A propos de trois cas)

TRAVAIL EXÉCUTÉ AU LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Président de Thèse :

M. le Professeur P. JOBARD

Membres du Jury :

M. le Professeur J.-L. NÉEL
M. le Professeur J. BRIZON
M. le Docteur A. FRANÇOIS

Imp. A. COLLINET
38, Rue Champoiseau
TOURS — 1967

29 - Bay. Bas Leyde

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Année 1967 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

Par

Roger DALLAIS

né le 18 janvier 1936
à Lignac (Indre)

Présentée et soutenue publiquement le

Titre

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBROXANTHOMES ATYPIQUES (A propos de 3 cas)

Travail exécuté au Laboratoire
d'Anatomie Pathologique

Président de Thèse : Monsieur le Professeur JOBARD

Membres du Jury : Monsieur le Professeur NEEL
Monsieur le Professeur Ag. BRIZON
Monsieur le Docteur FRANCOIS.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Doyen : Professeur G. DESBUQUOIS
Assesseur : Professeur M.A. DURAND
Secrétaire : Monsieur J. GANNIER.

Professeurs Honoraires

MM. BONNIN - DENOYELLE - FROMENTY - GAUDEAU - HUC
LETELLIER - MERCIER - PAULIN.

Professeurs Titulaires

MM.

ARDOUIN ..... Oto-Rhino-Laryngologie
ARNAUD ..... Bactériologie
ARON ..... Clinique Médicale
BARRE ..... Chimie Pharmacie
BOULARD ..... Hygiène et Hydrologie
COMBESCOT ..... Zoologie
CROUZAT-REYNES ..... Physique Pharmaceutique
DESBUQUOIS ..... Clinique Médicale Infantile
DURAND ..... Matière Médicale
GARESTIER ..... Botanique et Biologie végétale
GAUTIER ..... Thérapeutique
GOUAZE ..... Anatomie
GRECO ..... Séméiologie Chirurgicale
HUSSENSTEIN ..... Clinique Chirurgicale Orthopédique
JOBARD ..... Anatomie pathologique
LARMANDE ..... Ophtalmologie
LIEFFRING ..... Technique opératoire
MAILLET ..... Histologie
RAYNAUD ..... Pathologie Médicale
RICHARD ..... Clinique Obstétricale et Gynécologiqu

ROUZAUD	Clinique Neuro-Psychiatrique
THOUVENOT	Physiologie
VACHER	Médecine Légale et Sociale
VANDOOREN	Pathologie Chirurgicale
VIALARD-GOUDOU	Pharmacie Galénique
VIALLE	Clinique Chirurgicale
WEILL	Biochimie.

Professeurs à Titre Personnel

MM.

COMBE	Pédiatrie
VARGUES	Bactériologie

Professeurs sans Chaire

Mme FOUSSARD	Pharmacodynamie
Melle HALOT	Chimie Analytique
NEEL	Pathologie Expérimentale
SIZARET	Neuro-Psychiatrie.

Maitres de Conférences et Agrégés

MM.

BERTRAND	Médecine Générale
BRIZON	Urologie
Melle BROCHIER ...	Médecine Générale
CASTAING	Orthopédie
ECARLAT	Electro-Radiologie
FABIANI	Toxicologie
GLORION	Chirurgie Générale
GRENIER	Maladies infectieuses
HARICHAUX	Physiologie
LANFRANCHI	Médecine Générale
LE CHEVALLIER	Rhumatologie
LEROUX	Hématologie.

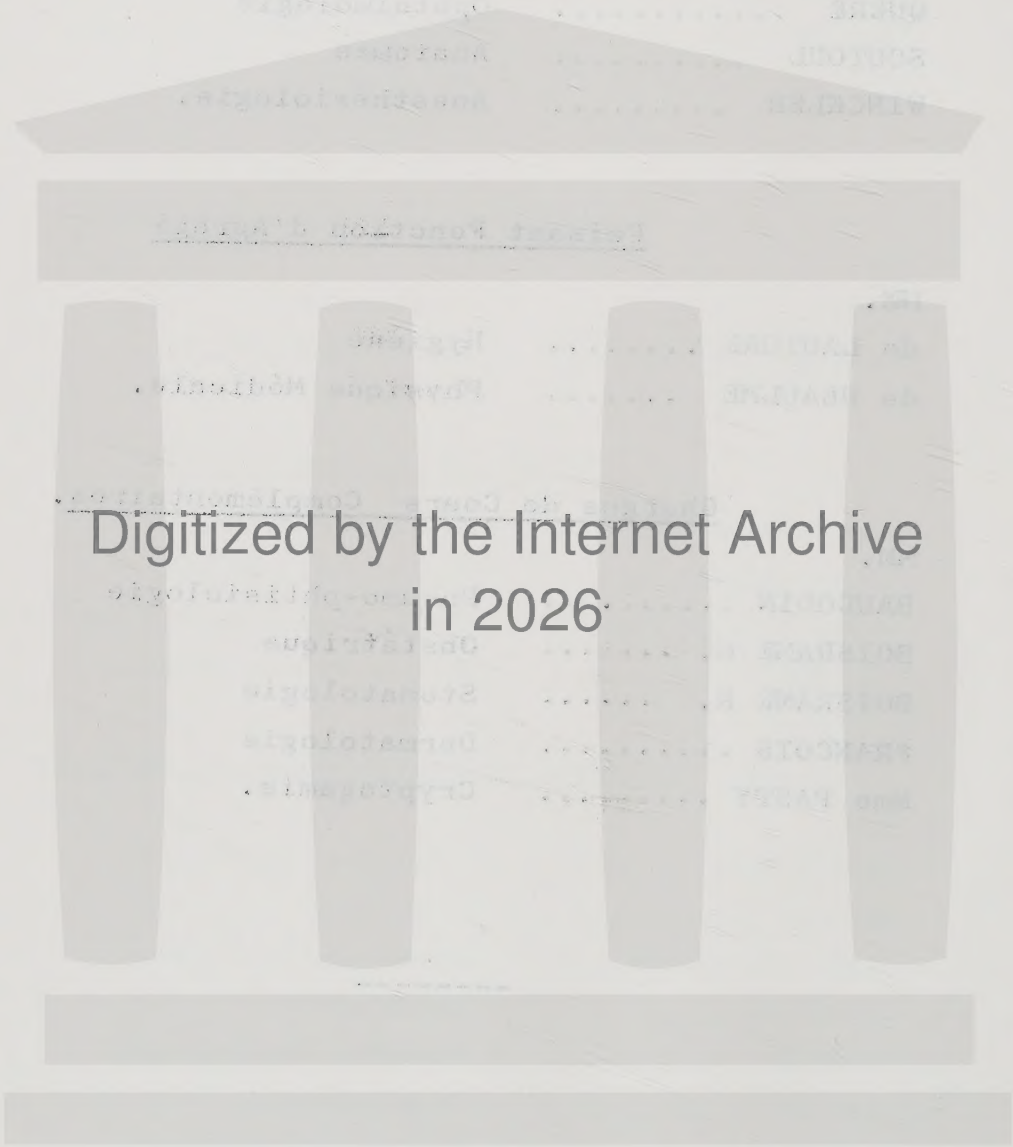
MICHEL ..... Electro-Radiologie
MORAND ..... Médecine Générale
MOURAY ..... Biochimie
NIVIERE ..... Chimie Pharmacie
QUERE ..... Ophtalmologie
SOUTOUL ..... Anatomie
WINCKLER ..... Anesthésiologie.

Faisant Fonction d'Agrégé

MM.
de LAUTURE ..... Hygiène
de HEAULME ..... Physique Médicale.

Chargés de Cours Complémentaires.

MM.
BAUDOUIN ..... Pneumo-phtisiologie
BOISRAME M. ..... Obstétrique
BOISRAME R. ..... Stomatologie
FRANCOIS ..... Dermatologie
Mme PASTY ..... Cryptogamie.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549627_0010

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur P. JOBARD,

Professeur d'Anatomie pathologique à la
Faculté de Médecine et de Pharmacie de
TOURS,
Chef du Service d'Anatomie pathologique
du Centre Hospitalier Régional "Bretonneau"
de TOURS.

Qui nous avez accueilli avec tant de bienveillance et de sollicitude dans votre laboratoire d'Anatomie pathologique

Nous sommes fiers de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger ce modeste travail.

Jamais nous n'oublierons votre enseignement qui restera pour nous un exemple.

Puissiez-vous trouver ici l'expression bien imparfaite de nos sentiments d'admiration et de reconnaissance.

A Monsieur le Professeur J.L. NEEL

Professeur de Médecine Expérimentale,
Médecin des Hôpitaux de Tours,

Qui nous avez reçu si aimablement
et inspiré l'idée de cette Thèse.
Votre très grande érudition et votre
brillant enseignement nous ont beaucoup marqué.
Nous vous prions d'accepter ce travail
en témoignage de notre respectueuse
gratitude et de notre profonde admiration.

A nos Juges,

Monsieur le Professeur J. BRIZON
Professeur Agrégé d'Urologie,

Monsieur le Docteur A. FRANCOIS
Chargé de Cours complémentaires de Dermatologie,

Vous nous faites un bien grand honneur en acceptant de nous juger. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre reconnaissance et d'accepter nos hommages très respectueux.

A Monsieur le Docteur A. BENATRE

Chef de Travaux au Laboratoire
d'Anatomie Pathologique,

Qui nous avez toujours témoigné une bienveillante sollicitude et une sympathie agissante dans la rédaction de ce travail.
Veuillez trouver ici une marque de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur DENOYELLE,

Qui fut notre premier Maitre -et quel Maître- lorsque nous avons pénétré stagiaire à l'Hôpital.

A tous nos Maîtres de la Faculté et de l'Hôpital de TOURS,

Qu'ils soient assurés ici de toute notre reconnaissance et de nos hommages très respectueux.

A ma Mère,

A mon Père,

En témoignage de l'affection profonde que je leur porte et en reconnaissance de tous les sacrifices qu'ils ont consentis pour moi.

A ma Femme,

A ma Fille,

A Toute ma Famille.

C O N T R I B U T I O N A L ' E T U D E

D E S

F I B R O X A N T H O M E S A T Y P I Q U E S

* * * * * * * * *

Si à l'heure actuelle, le très important problème de la malignité ou de la bénignité d'une lésion soumise à l'étude anatomo-pathologique, est assez facilement résolu dans bon nombre de cas, il n'en est pas toujours de même de l'appréciation du degré de malignité.

Au fur et à mesure que les différentes tumeurs sont mieux étudiées, une notion se dégage. Le pronostic dépend davantage du type anatomo-clinique que de l'importance des anomalies cytologiques et histologiques constatées dans les proliférations.

C'est ainsi que nous savons par exemple, que les nésidioblastomes du Syndrome de Zollinger-Ellison peuvent être considérés comme malins ou pour le moins potentiellement malins, quel que soit leur aspect histologique. Et pourtant, la plupart d'entre eux ne montre aucune monstruosité cellulaire et les mitoses y sont exceptionnelles.

Il en est de même des carcinoïdes de l'intestin grêle.

D'un autre côté, l'abondance et les caractères des anomalies observées dans certains sarcomes musculaires rendent assez mal compte de l'évolution souvent lente de ces néoformations.

Tout cela semble mettre en évidence les limites de la morphologie ou tout au moins, nous fait comprendre que cette morphologie n'est que le résultat de nombreux facteurs dont les uns sont en rapport certes, avec l'anarchie de la prolifération, mais dont les autres dépendent de la nature même du tissu et des cellules intéressées.

C'est dire que l'étude histologique ne peut donc conduire valablement à une estimation pronostique que par l'identification d'un type lésionnel déterminé, dont les études statistiques ont permis de préciser les modalités évolutives.

Mais il y a plus. Nous connaissons différents processus morbides que l'étude anatomo-pathologique incite à classer morphologiquement parmi les tumeurs malignes, qui se révèlent cliniquement bénins et de nature très vraisemblablement non tumorale.

Ceci est évidemment important à souligner si l'on songe que de telles lésions peuvent conduire à des

thérapeutiques inutilement mutilantes.

Citons parmi les processus pseudo-tumoraux trompeurs, les fasciites pseudo-sarcomateuses de l'enfant (Stout), certains cas florides de "myosite ossifiante" post-traumatique et enfin les fibroxanthomes atypiques qui font l'objet de ce travail.

Ce terme de fibroxanthome atypique, créé par HELWIG, a été proposé par KEMPSON et Mac GAVRAN en 1964, pour désigner certaines formations cutanées bénignes du groupe des fibroxanthomes, apparaissant habituellement chez les vieillards, dans des zônes cutanées altérées. KEMPSON et Mac GAVRAN ont clairement isolé les caractères anatomo-cliniques de cette lésion à partir d'une série de 2I observations. Enfin, ils ont rapproché ces fibroxanthomes atypiques cutanés des lésions histologiquement comparables mais développées dans les parties molles chez des sujets plutôt moins âgés. Plus volumineux, ces fibroxanthomes atypiques des parties molles récidivent souvent après excision et leur évolution est de ce fait plus redoutable.

Ceci nous a amené à diviser notre travail en deux chapitres distincts correspondant respectivement aux fibroxanthomes atypiques de la peau et aux fibroxanthomes atypiques des parties molles.

LES FIBROXANTHOMES ATYPIQUES DE LA PEAU

L'intérêt de ces néoformations réside surtout dans le fait qu'elles peuvent entrainer des erreurs de diagnostic et des thérapeutiques inutilement mutilantes.

KEMPSON et Mac GAVRAN énoncent les diagnostics anatomo-pathologiques initiaux de leur 2I cas dans le tableau suivant :

Diagnostic initial	Nombre de cas
1) Sarcomes	
- Fibrosarcomes	5
- Léïomyosarcomes	1
- Rhabdomyosarcomes	2
- Inclassés	2
2) Carcinomes	
- Epidermoïde grade IV	2
- Inclassés	2
3) Mélanomes malins	1
4) Fibroxanthomes atypiques	6

15 fois donc, un diagnostic de tumeur maligne fut porté. Dans deux cas, où la lésion siégeait au niveau de la joue, un curage ganglionnaire cervical fut pratiqué.

Dans un cas où la lésion survenait sur une cicatrice du poignet, le malade subit une amputation de l'avant-bras.

Nous avons pu observer deux cas de fibroxanthomes atypiques de la peau dont voici l'histoire.

I- OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation n° 1

Madame GA..., d'origine nantaise, a toujours vécu et travaillé à la campagne, exposée aux intempéries et au soleil. Elle consulte à l'âge de 80 ans, son médecin traitant, le Docteur GRANGER de Saint Georges-sur-Cher, pour une petite néoformation siégeant sur le front.

Celui-ci l'adresse en consultation de Chirurgie au Professeur LIEFFRING.

Cliniquement, cette petite tumeur, d'environ deux centimètres de large, existant semble-t-il depuis plusieurs années chez une patiente dont la peau est sénile et atrophique, évolue plus rapidement depuis quelques mois et ressemble à un épithélioma.

L'exérèse en est décidée et est effectuée, au bistouri, en mai 1962. Les suites opératoires sont simples.

La pièce opératoire a été adressée au laboratoire pour examen histologique. Voici le compte-rendu descriptif :

Il s'agit d'une tumeur de 2cm x 1,5cm x 1,5cm (fig.1) tapissée par un épiderme aminci et constituée par une prolifération d'éléments fusiformes, tantôt réguliers, tantôt au contraire centrés par des noyaux hyperchromatiques et bourgeonnants. D'autres cellules sont plurinucléées et possèdent une zône vacuolaire périphérique. Quelques très larges éléments montrent un cytoplasme dans lequel on note des vacuoles arrondies, optiquement vides et de taille variable (fig.2).

Les mitoses sont nombreuses. Certaines sont normales, bipolaires et symétriques. D'autres sont assymétriques et multipolaires (fig.3). Tous ces éléments sont séparés par un fin réseau réticulinique ou par de fins trousseaux collagènes.

Au sein de la prolifération persistent quelques annexes pileuses conservées.

On note au voisinage de la surface, d'assez nombreux dépôts d'hémosidérine. Enfin, en périphérie, existe une infiltration lympho-plasmocytaire que l'on retrouve beaucoup moins abondante, au sein de la tumeur.

La malade est revue en 1965. La cicatrice cutanée est parfaite. Il n'existe aucune suspicion de

récidive deux ans et dix mois après l'intervention. Elle meurt à l'âge de 84 ans d'une congestion pulmonaire ayant compliqué un épisode grippal.

Observation n° 2

Madame B..., pensionnaire de l'Hospice de Bourgueil, âgée de 83 ans, a été adressée dans le service du Professeur VIALLE par le Docteur MOREAU, pour une formation tumorale de la région malaire gauche ayant les caractères macroscopiques d'un épithélioma et mesurant environ 1cm de diamètre.

Cette tumeur est apparue il y a 10 ans assez rapidement, mais par la suite, n'a ni grossi, ni saigné, ni entrainé de gêne ou de douleur.

Depuis quelques mois, une légère ulcération s'étant produite, notre malade s'est enfin inquiétée.

A l'examen, on note une formation légèrement brunâtre, de 1cm de diamètre environ, nodulaire, dure, surélevée (fig.4), au voisinage de laquelle existe une petite zône d'hyperkératose légèrement papillomateuse. Dans la région zygomatique existe une autre petite zône hyperkératosique.

On intervient le 2I avril 1966 : excision large.

L'examen histologique montre une tumeur cutanée tapissée par un épiderme aminci, mais conservé, et constituée par une prolifération d'éléments fusiformes

souvent atypiques, mêlés à des cellules géantes à cytoplasmes éosinophiles, à noyaux multiples centraux ou périphériques, et à quelques éléments dont le cytoplasme est vacuolaire.

De nombreuses mitoses normales et anormales sont visibles (fig.5).

Par endroits, un feutrage collagène dense sépare les cellules. Partout on observe un fin réseau réticulinique.

On note de plus de nombreux dépôts d'hémosidérine le plus souvent intra-cellulaires, surtout au voisinage de lumières vasculaires ectasiées situées près de la surface.

En périphérie existe une infiltration lymphoplasmocytaire qui diffuse plus ou moins dans la tumeur.

Quelques annexes pileuses sont englobées par la prolifération (fig.6).

Au voisinage de cette tumeur existe par ailleurs, un épaississement papillomateux de l'épiderme correspondant à une kératose sénile.

La petite lésion papillomateuse de la région zygomatique est également une kératose sénile.

En décembre 1966, la plaie est parfaitement cicatrisée. Il n'y a aucune récidive.

Du point de vue histologique, tout nous incitait à considérer ces formations comme des tumeurs malignes. Cependant, le doute est né du fait que malgré leur allure histologique trompeuse, évoquant entre autre un sarcome polymorphe d'origine musculaire, le diagnostic de tumeur xanthomateuse ait pu être soupçonné.

Le fait que la plupart des anatomo-pathologistes nie l'existence des xanthosarcomes nous a même poussé, notamment dans l'observation n° I, à considérer la tumeur comme bénigne malgré son allure très inquiétante.

L'évolution devait d'ailleurs prouver le bien-fondé de cette conclusion.

Du point de vue clinique, bien que ces deux cas ne puissent prétendre constituer une série statistique, nous pouvons néanmoins remarquer que ces deux fibroxanthomes atypiques cutanés sont apparus :

- chez des sujets âgés.
- ayant une peau sénile, atrophique, soumise de longue date aux intempéries et à l'action solaire.
- étaient localisés aux régions découvertes.
- ressemblaient à des épithéliomas.

Par ailleurs, une simple exérèse suffisamment

large a suffi dans ces deux cas à assurer une cure sans que nous puissions observer des métastases ou de récidives au cours d'un délai de deux ans et dix mois d'une part, et de neuf mois d'autre part.

Enfin, ces deux formations évoluaient très lentement, la première depuis quelques années, la seconde depuis dix ans.

II- LES OBSERVATIONS DE KEMPSON ET DE MAC GAVRAN

Ces auteurs décrivent, dans leur article, les caractères cliniques et histo-pathologiques des fibro-xanthomes atypiques de la peau, en mettant en valeur l'opposition qui existe entre la bénignité clinique et la malignité histologique apparente.

Ils ont pu colliger vingt et un cas parmi vingt cinq mille examens de tumeurs cutanées.

Pour la préparation des coupes, ils ont utilisé les méthodes suivantes :

- Hématoxyline et éosine
- Méthode de WILDER
- Thrichrome de MASSON
- Coloration de PEARL

- Réaction à l'acide périodique de SCHIFF (P.A.S.)
- et Soudan IV, dans 3 cas, pour l'étude des dépôts lipidiques.

Nous allons essayer de résumer succintement leurs différentes observations, en les comparant aux notres et de préciser les conclusions qui s'en dégagent.

A/ SEXE ET RACE

Ces auteurs ont noté :

- quinze hommes
- six femmes, dont : . cinq blanches
  . une noire.

Le fait qu'ils n'aient relevé qu'un cas dans la race noire est peut-être en rapport avec une meilleure protection contre les rayonnements solaires.

En ce qui concerne la différence des fréquences selon le sexe (fréquence triple dans le sexe masculin), nous pouvons penser logiquement que cela est dû au fait que les hommes sont généralement davantage exposés professionnellement. En effet, sur les vingt et un cas cités, seize exercent des métiers masculins, qui les obligent à travailler au-dehors, exposant ainsi fréquemment les régions découvertes du corps aux intempéries et en particulier au soleil.

Nos deux cas intéressent des femmes habituées à vivre et à travailler à la campagne.

B/ AGE

Dans la série de KEMPSON, la plupart des patients étaient des vieillards :

- cinq seulement avaient moins de 60 ans :
  - . un homme de 32 ans
  - . une femme de 47 ans
  - . une femme et deux hommes âgés de plus de 50 ans (52, 59, 59 ans).
- un homme entre 60 et 64 ans.
- trois hommes et une femme entre 65 et 69 ans.
- quatre hommes et une femme entre 70 et 74 ans.
- quatre hommes et une femme entre 75 et 79 ans.
- une femme de plus de 80 ans.

Nos deux malades avaient respectivement 80 et 83 ans, et leur "tumeur" était apparue après 70 ans.

C/ FACTEURS PREDISPOSANTS POSSIBLES

Chez deux patients parmi les plus jeunes, KEMPSON et Mac GAVRAN ont pu affirmer des antécédents de traumatismes importants ou répétés.

Chez un sujet jeune de 32 ans, le fibroxanthome atypique est apparu sur une ancienne cicatrice de brûlure du poignet.

Dans une observation intéressant une femme

noire de 47 ans, le fibroxanthome atypique est apparu au niveau du coude. Chez cette femme des antécédents de traumatismes répétés ont pu être retrouvés.

Une agression à type de brûlure profonde et la fréquence des traumatismes, peuvent peut-être expliquer la précocité de l'apparition du fibroxanthome atypique chez certains sujets, ce qui met bien en évidence l'importance des altérations dermiques dans la génèse de cette formation. Mais surtout, le vieillissement de la peau caractérisé par des altérations dégénératives particulières, semble constituer un élément primordial dans l'apparition des fibroxanthomes atypiques ce qui rend bien compte des tranches d'âge observées.

Ces altérations sont d'autant plus importantes que les téguments ont été soumis au cours de l'existence à des agressions répétées parmi lesquelles le rayonnement solaire occupe la première place.

Seize patients sur les 2I de KEMPSON exerçaient leur métier en plein air. A savoir,

- onze fermiers
- trois charpentiers
- un peintre
- un géologue.

Enfin, plus occasionnellement, on relevait dans les antécédents des malades des agressions diverses là où des années plus tard, se développa un fibro-

xanthome atypique :

Dans trois cas, il s'agissait de radiothérapie. Dans un cas de l'application répétée d'une pâte acide.

Dans une seule des observations de KEMPSON et Mac GAVRAN existait une hypercholestérolémie.
Ce fait ne semble pas devoir être pris en considération, compte-tenu de sa banalité, de l'unicité de la tumeur et de sa guérison par l'exérèse sans que jamais n'apparaissent par la suite, d'autres xanthomes.

Ces constatations constituent des éléments importants qui tendent à faire penser que l'on se trouve, non devant de véritables tumeurs, mais devant un processus réactionnel pseudo-tumoral, ayant la signification d'un granulome de réparation.

D/ ETAT DE LA PEAU

C'est dire l'importance de certaines constatations cliniques.

Dans plus de la moitié des cas, KEMPSON note que la peau de ses patients était :

- abimée par le soleil
- ridée
- sénile
- atrophique.

C'est ce que nous avons retrouvé dans nos observations.

Nous pouvons penser que cette particulière fréquence peut s'expliquer en partie par le vieillissement et par la fréquence des sujets professionnellement exposés aux intempéries.

E/ LESIONS CUTANEES ASSOCIEES

Il a été noté de plus l'existence de lésions cutanées associées dans onze cas sur vingt et un.

Parmi ces onze cas :

- Deux présentaient des lésions hyperkératosiques.
- Un était porteur d'un kérato-acanthome.
- Neuf avaient de multiples petits cancers cutanés.

Dans notre observation n°2, la malade présentait deux petites lésions papillomateuses à type de kératose sénile.

On sait l'importance de l'exposition au vent, au soleil et à la pluie dans l'apparition des kératoses séniles et des cancers cutanés des parties découvertes, conditions étiologiques qui sont les mêmes que celles favorisant l'apparition des fibroxanthomes atypiques.

Là encore, nous pouvons penser que l'âge et l'état de la peau interviennent.

F/ LOCALISATIONS

- Face (joue) = 8 cas
- Pavillon de l'oreille = 5 cas
- Cou = 3 cas
- Front = 1 cas
- Bras et avant-bras = 4 cas

  dont : . bras = 1 cas
  . coude = 2 cas
  . poignet = 1 cas.

Nous remarquons avec les auteurs, qu'il n'a pas été observé de localisations au tronc ou aux membres inférieurs. C'est dire la prédominance aux régions découvertes. Nos deux cas intéressaient des lésions du front et de la région malaire.

G/ TRAITEMENTS EFFECTUES

Sur les vingt et une tumeurs de KEMPSON et Mac GAVRAN :

- 19 furent excisées
- 2 furent d'abord traitées par les rayons X sans aucun résultat et furent ensuite excisées.

I/ CARACTERISTIQUES HISTOLOGIQUES

Les fibroxanthomes atypiques sont des lésions ulcéro-nodulaires du derme bien circonscrites, mais leurs limites sont irrégulières et constituées par une zône d'infiltration lympho-plasmocytaire.

La lésion est souvent séparée de l'épiderme, lorsqu'il n'est pas ulcéré, par une étroite bande de collagène.

A côté de ces lésions, le derme montre, dans les cas provenant de régions découvertes, une dégénérescence basophile avancée du collagène.

Les fibroxanthomes atypiques de grande taille peuvent s'étendre dans le tissu adipeux sous-cutané. Les annexes et les nerfs sont souvent épargnés, bien qu'ils soient entourés par la réaction.

L'étude cytologique montre que ces lésions sont formées d'un mélange de plusieurs types de cellules. Des lymphocytes, de grandes cellules fibrocytaires ou histiocytaires atypiques, et une quantité variable de cellules géantes multinucléées sur un fond de cellules fibrocytaires de forme allongée.

La plupart des cellules géantes multinucléées ne sont pas atypiques du point de vue cytologique.

Cependant, certains noyaux ont une chromatine d'aspect nettement anormal, grossière, agglutinée, irrégulière. La colorabilité des cytoplasmes de ces cellules géantes varie de l'amphophilie à l'éosinophilie.

Ces cytoplasmes sont inconstamment P.A.S. positif, relativement homogènes si on les compare aux cytoplasmes des histiocytes, et peuvent donner naissance à des prolongements qui partent du corps de la cellule. Dans une minorité d'éléments, ils sont vacuolaires et certaines cellules géantes contiennent un matériel phagocytaire.

La population nettement atypique est formée de grandes cellules mononucléées ou binucléées. Individuellement, ces cellules présentent des caractères inhabituels, et de l'une à l'autre, des différences considérables. Des mitoses aussi bien anormales que typiques n'y sont pas rares. Les nucléoles de grande taille, parfois multiples et éosinophiles donnent naissance à des cellules qui ressemblent à celles de REED-STERNBERG. Le cytoplasme de ces cellules est acidophile, granuleux ou finement vacuolaire et soudanophile.

La méthode de WILDER montre que le stroma fibreux est formé par un fin réseau de fibres collagènes

qui entoure les cellules géantes. Le réseau vasculaire est formé par des capillaires. On y remarque parfois des lumières vasculaires ectasiées souvent entourées d'érythrocytes extravasés et près desquelles les cellules histiocytaires contiennent souvent de l'hémosidérine et les cellules multinucléées tendent à être plus fréquentes.

Entremêlés partout à l'intérieur de ces lésions, on rencontre des lymphocytes en densité variable. Excepté dans les zônes d'infection secondaire, on ne voit pas de polynucléaires.

Dans les trois cas où les auteurs ont pu pratiquer des colorations par le Soudan IV, des lipides ont été trouvés dans les histiocytes ; ils se présentaient en gouttelettes finement dispersées dans le cytoplasme, et occasionnellement en amas plus importants dans le cytoplasme des cellules géantes.

Dans aucune de ces tumeurs on n'a constaté d'envahissement vasculaire ou des gaines des nerfs.

III- DISCUSSION

A/ CLINIQUE

Elle se résume à peu de choses :

- il s'agit d'une tumeur cutanée,
- rencontrée préférentiellement chez les gens âgés.
- localisée quasi-constamment aux régions découvertes.
- mesurant le plus souvent : 0,5 , 1, 2, 3 cm, parfois 5cm, ou même exceptionnellement 8 cm.
- de consistance ferme.
- d'aspect habituellement ulcéro-nodulaire et trompeur. C'est ainsi que des fibroxanthomes atypiques ont pu être confondus cliniquement avec :
  - un naevo-carcinome
  - un épithélioma : . basocellulaire
    . ou spinocellulaire
  - un botryomycome.
- Il n'a jamais été noté : . de ganglions
  . ou de métastases.
- L'évolution est en règle bénigne et les récidives rares.

B/ CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

L'étiologie des fibroxanthomes atypiques cutanés reste très obscure, pour ne pas dire inconnue.

Nous pensons qu'il est possible de les considérer comme des processus réactionnels ou réparateurs consécutifs à des altérations dégénératives du derme en rapport d'une part avec le vieillissement, d'autre part avec des agressions diverses.

Une preuve indirecte de cette hypothèse réside dans le fait qu'ils se développent préférentiellement chez les gens âgés dont la peau est sénile, atrophique et abimée par le soleil, à l'endroit des cicatrices, des brûlures, blessures, ou dans des zônes antérieurement soumises aux rayons X.

C/ PROBLEMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Nous avons vu les différents caractères de cette tumeur. Ils incitent à conclure à la malignité histologique. A tel point que KEMPSON et Mac GAVRAN, dans les vingt et un cas qu'ils ont colligés, ont relevé 15 fois un examen anatomo-pathologique erroné qui concluait à une tumeur maligne.

Ceci présente un intérêt considérable si nous songeons qu'à plusieurs reprises, un traitement radical fut effectué :

- une amputation de l'avant-bras
- deux interventions sur le cou pour exérèse des ganglions lymphatiques.

Sans insister sur l'inquiétude et l'angoisse que l'on a pu faire naitre chez certains malades ou dans leur entourage, en affirmant le diagnostic de cancer.

C'est pourquoi nous allons nous attarder sur les diagnostics différentiels anatomo-pathologiques qui se posent :

Les fibroxanthomes atypiques présentent trois composants intimement entremêlés. Des fibrocytes, des cellules xanthomateuses ou histiocytaires et des cellules géantes d'aspect inhabituel. Ce ne sont pas des tumeurs monomorphes comme le sont la plupart des sarcomes.

Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec un sarcome polymorphe d'origine musculaire ou plus exactement avec l'extension à la peau ou la métastase d'un tel sarcome. Un examen anatomo-pathologique attentif, les constatations opératoires et l'examen clinique doivent permettre le plus souvent d'éliminer cette hypothèse. L'évolution constitue de plus un élément diagnostique important.

Les fibro-sarcomes observés dans la peau sont monomorphes et ont un aspect en chevrons, ou bien, dans le cas du dermato-fibrosarcome, dessinent des spirales courtes caractéristiques.

On ne peut diagnostiquer et différencier un léïomyo-sarcome d'un fibro-sarcome que lorsque la nature myofilamenteuse du cytoplasme peut être mise en évidence.

Les lésions prêtant le plus facilement à confusion sont peut-être certains mélanomes achroniques et certains carcinomes indifférenciés de l'épiderme, mais le polymorphisme de ces carcinomes est rarement aussi marqué que celui des fibroxanthomes atypiques.

Enfin et surtout, il nous semble que l'examen histologique permet généralement de prévoir par des arguments topographiques architecturaux et cytologiques, que l'on se trouve bien devant une formation de la série des histiocyto-fibro-xanthomes.

D/ ESSAI DE CLASSEMENT NOSOLOGIQUE

Quelle est la signification des monstruosités cellulaires, des atypies cellulaires, des mitoses anormales ?

Nous pouvons envisager deux explications qui se complètent. La première tient compte du polymorphisme

potentiel très important des histiocytes.
La seconde tend à considérer les monstruosités comme des formes de souffrance cellulaire provoquées par des altérations métaboliques locales qui nous paraissent devoir être rapprochées des pseudo-monstruosités observées au voisinage des foyers de nécrose dans certains léïomyomes et schwannomes d'évolution bénigne.

En ce qui concerne les mitoses, l'analyse permet de penser que celles qui sont normales, représentent un signe de prolifération active n'ayant pas nécessairement une signification tumorale.

D'autre part, les mitoses anormales surviennent surtout dans les éléments les plus volumineux et aboutissent vraisemblablement à des mito-nécroses qui ne révèlent vraisemblablement que des phénomènes de souffrance cellulaire. Elles peuvent être interprétées comme des images précédant la mort cellulaire.

L'allure inquiétante des fibroxanthomes atypiques peut trouver son explication dans ces différents éléments. Vus sous cet angle et si l'on considère leurs conditions d'apparition et leur évolution, ces formations semblent devoir être interprétées comme des processus de réparation particuliers plus que comme des tumeurs.

Relation avec les autres lésions réactionnelles :

Les fibroxanthomes atypiques nous semblent donc à rapprocher des chéloïdes et surtout des histiocytomes, qui sont de plus en plus considérés comme des réactions à des agressions diverses.

Mais la relation entre les fibroxanthomes atypiques et ces autres lésions réactionnelles de la peau n'est pas parfaitement claire. Certaines comme les fibroses nodulaires de l'épiderme (hémangiome sclérosant, dermato-fibrome) sont formées de fibrocytes et d'histiocytes chargés de lipides, avec çà et là des cellules géantes généralement du type TOUTON. Toutes, présentent des caractères cytologiques bénins, et les sièges d'apparition sont différents (extrémités et tronc).

Les fibroxanthomes atypiques pourraient constituer un des modes possibles de réaction de la peau. L'incertitude persiste quant au rôle contributif ou causal de tel ou tel facteur, mais on peut penser que les altérations dégénératives dermiques qui précèdent l'apparition des fibroxanthomes atypiques sont à l'origine de l'âge d'apparition plus élevé et des localisations différentes de celles des histiocytomes banaux.

J.L. BONENFANT place les fibroxanthomes atypiques dans le cadre général des "conjonctivoses bénignes prolifères". Ces affections qui atteignent le tissu cellulaire sous-cutané, les fascias, les aponévroses, les tendons, les ligaments, le périoste, la jonction musculo-aponévrotique et les mésos, relèvent d'étiologies très diverses où les traumatismes, les influences hormonales, l'inflammation, l'ischémie et certains caractères familiaux entrent très vraisemblablement en jeu.

BONENFANT distingue :

1) Les conjonctivoses mucoïdes ou myxoïdes comprenant :
   - les myxomes
   - certaines formes de myxoedème circonscrit
   - les pseudo-kystes synoviaux.

2) Les conjonctivoses sclérosantes comprenant :
   - les chéloïdes
   - la fibromatose du sterno-cléïdo-mastoïdien
   - les tumeurs desmoïdes.

3) Les conjonctivoses fibromateuses comprenant :
   - le dermato-fibrøme (Civatte)
   - le dermato-fibrome récidivant de Darier-Ferrand,
   - et différentes formes de fibromatoses palmaires, plantaires, aponévrotiques, du périoste et des tendons.

4) Les conjonctivoses granulomateuses comprenant :

Des formes superficielles :

- l'hémangiome hyperplasique (botryomycome)
- l'histiocytome
- la fibrose nodulaire sous-épidermique
- le fibroxanthome atypique.

Des formes profondes :

- la fasciite nodulaire pseudo-sarcomateuse
- la fasciite angiomateuse
- la fasciite à cellules géantes
- la fasciite périostée
- la myosite prolifère
- les tumeurs à cellules géantes des tendons
- le xanthogranulome rétro-péritonéal.

5) Les conjonctivoses métaplasiques comprenant :

- la fasciite ossifiante
- la myosite ossifiante
- la fibromatose chondroïde ou calcaire juvénile aponévrotique.

6) Les conjonctivoses de surcharge comprenant :

- les histio-xanthomes
- la fasciite xanthomateuse du tendon d'Achille.
- la tendinite calcaire de l'épaule
- la bursite calcaire
- la bursite goutteuse.

Cet ensemble prend en considération des entités en fait très disparates, dont les unes sont incontestablement des processus conjonctifs réactionnels hyperplasiques ou de reconstruction, dont les autres sont de véritables tumeurs (exemple : dermato-fibrome récidivant de Darier et Ferrand), dont les autres enfin, semblent représenter des états limites entre processus de réparation hyperplasique et tumeur (exemple : tumeur desmoïde).

Il est néanmoins intéressant de noter que BONENFANT isole nettement l'entité fibroxanthome atypique et la rapproche des histiocytomes et des fibroses nodulaires sous-épidermiques dans une rubrique concernant des lésions de type granulomateux.

E/ AUTRES CAS RECUEILLIS DANS LA LITTERATURE

Depuis 1959, vingt cinq autres cas de fibroxanthomes atypiques ont été observés par KEMPSON et à l'heure actuelle, aucun d'eux ne s'est comporté différemment.

Le cas d'un sujet atteint de deux fibroxanthomes atypiques simultanés a été rapporté. Ils se sont développés sur le visage d'une femme âgée, en deux endroits différents, et avec un intervalle de deux ans.

KEMPSON signale enfin, qu'une autre fois, six semaines après l'exérèse d'un mélanome malin de l'oreille d'un vieil homme, une tumeur réapparut et fut réexcisée. L'intérêt de cette observation réside dans le fait que la récidive était un fibroxanthome atypique et non un mélanome. Cette observation constitue d'ailleurs le seul cas connu, où la notion de traumatisme chirurgical certain puisse être relevée en tant qu'antécédent récent.

Citons aussi les treize cas de fibro-sarcomes paradoxaux de la peau rapportés par BOURNE qui sont selon toute vraisemblance des exemples de lésions du même genre. Ces lésions étaient localisées à la tête et au cou. Elles présentaient des caractères histologiques inhabituels. Des diagnostics variés de tumeur maligne furent portés mais l'évolution montra cependant qu'il s'agissait de formations bénignes.

Cinq cas de tumeurs semblables à des sarcomes et consécutives à des traitements radiothérapiques ont également été rapportés par RACHMANINOFF, Mac DONALD et COOK.

F/ EVOLUTION, PRONOSTIC, TRAITEMENT

1) Evolution

L'évolution spontanée semble lente :

Nos deux cas évoluaient depuis cinq ans.

Certains malades de KEMPSON et Mac GAVRAN étaient porteurs de leur tumeur depuis "des années". D'autres (14 sur 2I) l'avaient remarquée depuis moins de six mois.

Deux seulement ont signalé une croissance rapide.

L'exérèse amène généralement la guérison :

Nos deux cas n'ont pas récidivé.

Dans deux cas, KEMPSON a noté une récidive dont la cure définitive fut cependant obtenue par une seconde exérèse.

2) Pronostic

Le pronostic est donc excellent. Il n'y a jamais eu de métastases et les récidives sont très rares.

3) Traitement

A notre connaissance, deux cas seulement ont été soumis à la radiothérapie conventionnelle, celle-ci a échoué.

Tous les autres ont relevé d'une simple exérèse ayant donné entière satisfaction. Cette exérèse est aisée, et le problème esthétique passe au second plan du fait de l'âge généralement élevé des malades.

LES FIBROXANTHOMES ATYPIQUES DES PARTIES MOLLES

Nous avons eu également l'occasion d'observer une tumeur dont l'aspect histologique était très comparable, qui se développait dans l'hypoderme du bras d'un homme très âgé, mais dont l'évolution a été très différente.

I- OBSERVATION

Monsieur RA..., ancien ouvrier tanneur, de race blanche et de nationalité française, a toujours vécu à la campagne et a séjourné durant ces dix dernières années dans un hospice de Touraine, à Bourgueil.

En août 1961, il a été transféré dans le Service de Monsieur le Professeur NEEL à l'Hôpital de Tours. En décembre 1962, il est alors âgé de

77 ans et demi, nous découvrons pour la première fois qu'il est porteur d'une tumeur au bras droit qui sera identifiée par la suite à un fibroxanthome atypique.

Il présente deux pieds bots varus équin et une atrophie de la jambe droite.

Il a eu un abcès froid à cette même jambe en 1939, ayant laissé une pigmentation brunâtre sur la peau.

Il a subi une cure de hernie inguinale droite en 1955, ainsi qu'une appendicectomie.

Il aurait fait des crises d'épilepsie.

Il est victime d'une phlébite en janvier 1962, il est alors soumis à un traitement anti-coagulant.

Six mois plus tard, il présente une plaie variqueuse qui guérit assez aisément.

Hormis cela, il est en bonne santé apparente et il travaille au légumier de l'Hôpital.

C'est alors qu'un matin, le 20 décembre 1962, à la suite d'une rixe avec des camarades, et d'une chute, il nous montre son bras droit qui est le siège d'un volumineux hématome, en invoquant le traumatisme de la veille.

Cet "hématome" n'est pas douloureux et siège à la face antérieure et à la partie moyenne du bras.

Le traitement anti-coagulant pour sa phlébite est cependant suspendu de longue date, le taux de prothrombine et le test de tolérance à l'héparine sont d'ailleurs normaux.

Notre malade est alors transféré dans le Service de Monsieur le Professeur HUSSENSTEIN, où il nous indique que la croissance de sa masse tumorale date d'environ deux mois, sans pouvoir nous préciser mieux son ancienneté. Il indique de plus, qu'un an auparavant, il a subit dans la région où est survenue la tuméfaction, deux traumatismes successifs et importants ayant entrainé une douleur des parties molles du bras droit.

A l'origine il nous avait semblé qu'il pouvait s'agir d'un sarcome mais, à l'intervention, le Professeur BRIZON s'est trouvé devant un volumineux hématome de la face antérieure du bras dont la paroi adhérait à la peau mais était facilement clivable du plan musculaire sous-jacent, sans adhérence.

Un examen histologique de la pièce opératoire est demandé qui permet d'observer dans la paroi de ce volumineux hématome, une active prolifération d'éléments histiocytaires xanthomateux souvent

monstrueux avec des noyaux multiples ou bourgeonnants. Les mitoses sont nombreuses, parfois nettement irrégulières. Cet aspect histologique correspond donc à celui d'un "xanthosarcome".

Les fils sont otés vers le douzième jour, et deux mois plus tard, fin février 1963, la cicatrisation semble parfaite. Notre malade reprend ses activités sans le moindre incident jusqu'au 20 juillet 1964, date de la première récidive locale de sa tumeur.

Celle-ci siège à la partie inférieure de la cicatrice de la précédente intervention. Elle est de la taille d'une noix, de consistance assez dure. La peau est adhérente à la tumeur, mais celle-ci est mobile sur les plans profonds.

Une réintervention sous anesthésie locale, au bistouri électrique, est décidée. La tumeur est excisée ainsi que la peau périphérique. Elle est facilement dégagée, elle n'adhère pas au muscle sous-jacent mais elle est adhérente à l'aponévrose dont un lambeau est réséqué avec la tumeur. La fermeture est aisée, exécutée en deux plans.

Un examen histologique est demandé. La pièce conserve les mêmes caractères histologiques avec de nombreuses cellules géantes monstrueuses et des mitoses parfois irrégulières. Nous y notons

d'importantes hémorragies.

Cette première récidive dix huit mois après la première intervention, nous semble donc témoigner de la malignité au moins locale de cette formation.

Notre malade retourne à ses occupations jusqu'au 20 juin 1965. C'est un an après la première récidive qu'apparait la seconde.

Notre malade présente alors une tumeur pigmentée siégeant au même endroit, de la taille d'une petite orange, dure, bleutée, bien circonscrite, toujours adhérente à la peau mais pas aux plans profonds.

Un large lambeau rectangulaire de peau est enlevé et l'exérèse de la tumeur est conduite largement au bistouri électrique.

Macroscopiquement, la tumeur est ovoïde, brunâtre, et mesure 5cm x 4cm x 3cm.

Histologiquement,elle est constituée par la prolifération d'éléments histiocytaires mononucléés chargés de vacuoles lipidiques ou de granulations ferriques et de celluíes géantes multinucléées (fig.7).

Les atypies nucléaires sont marquées et les mitoses sont nombreuses et parfois anormales (fig.8).

Les cellules tumorales bordent de nombreuses lacunes sanguines à contours irréguliers.

La troisième récidive, sur la cicatrice des interventions précédentes est de la taille d'une noix. Elle présente les mêmes caractères. Elle survient six mois plus tard. L'exérèse en est faite le 9 décembre 1965.

Ce nouveau nodule qui mesure environ 2,5cm de grand diamètre, présente une structure histologique identique à celles observées lors des précédents examens avec de très nombreuses lacunes sanguines bordées par des éléments histiocytaires mononucléés ou multinucléés très souvent chargés de nombreuses granulations ferriques.

Les mitoses y sont assez fréquentes.

C'est le 11 mai 1966, cinq mois plus tard, que le malade est transféré en chirurgie pour la quatrième fois.

La tuméfaction est très volumineuse, apparue progressivement. Elle est ovoïde, régulièrement parsemée d'un lacis vasculaire rouge violacé, dure et indolente. Elle s'étend sur la face antérieure du bras et se prolonge en bas par deux noyaux plus petits, dont le dernier situé au niveau de la partie externe du pli du coude, est douloureux à la pression.

Elle est mobile transversalement, elle adhère à la peau et l'on perçoit des prolongements

profonds le long des faces externe et interne du bras.

Il existe une limitation douloureuse des mouvements du coude et de l'épaule, une légère diminution de la force segmentaire, une diminution de l'amplitude du pouls radial.

L'exérèse est conduite à la demande, au bistouri électrique. La tumeur a des proportions beaucoup plus importantes (dix centimètres de diamètre) et contient de volumineux foyers nécrotiques et hémorragiques.

L'aspect histologique est identique à celui des préparations précédentes. Les lacunes sanguines sont particulièrement abondantes et les éléments histiocytaires parfois multinucléés très fréquemment monstrueux. Les mitoses souvent anormales sont abondantes.

Notre malade est maintenant âgé de 82 ans. Il fait une cinquième récidive qui est opérée, toujours dans le service de chirurgie de Monsieur le Professeur HUSSENSTEIN, le 30 octobre 1966.

La pièce opératoire pèse 350g, et mesure 16cm x 11cm x 3cm. Il existe de plus deux nodules cutanés de 3 et 5cm de diamètre et de nombreux nodules plus profonds dans la graisse et dans le muscle.

L' aspect histologique est identique aux précédents prélèvements avec de nombreuses cellules multinucléées à noyaux souvent monstrueux. Les lacunes sanguines y sont toutefois moins abondantes et le tissu musculaire est très profondément infiltré par les éléments tumoraux.

Actuellement, l'état général du malade reste excellent. Il n'existe aucune localisation métastatique évidente de la tumeur, mais déjà apparait une nouvelle et volumineuse récidive tumorale (fig.9).

En résumé :

Tumeur sous-cutanée, dure, non douloureuse, adhérente à la peau mais non aux plans profonds apparue :

- chez un octogénaire ayant des antécédents traumatiques locaux relativement récents.
- ayant récidivé six fois après exérèse.
- n'ayant jamais métastasé,
- paraissant compatible avec une bonne conservation de l'état général.

II- DISCUSSION

L'analyse de l'article de KEMPSON et Mac GAVRAN permet de relever la phrase suivante :

..."Récemment plusieurs exemples de lésions histologiquement similaires (aux fibroxanthomes atypiques cutanés) ont été observées au niveau des parties molles. Elles sont survenues chez des personnes plus jeunes, étaient de plus grande dimension, et avaient tendance à récidiver localement. A cause de leur agressivité locale et de quelques autres différences, ces lésions sont actuellement considérées comme des fibroxanthomes malins...".

Notion d'âge mise à part, ce qui ne parait pas essentiel, notre observation semble correspondre à une telle formation. Reprendre la description histologique de la lésion consisterait simplement à répéter tout ce qui a été dit à propos des fibroxanthomes atypiques cutanés.

Par contré, la morphologie macroscopique est notablement différente.

Il s'agit d'une tuméfaction de grande taille, et à croissance rapide.

Cette tuméfaction est incontestablement indépendante de la peau et semble développée dans l'hypderme. Elle se présente initialement comme une masse hémorragique dont la paroi possède un aspect histologique inquiétant et les caractères d'une prolifération histiocytaire avec présence d'éléments xanthomateux.

Ces images particulières et l'existence de traumatismes locaux dans les antécédents, inclineraient à penser que l'on se trouve devant un processus de réparation granulomateux hyperplasique.

Cependant, l'agressivité locale de ce processus lui confère les caractères d'une véritable tumeur. La parenté morphologique est actuellement le seul bien qui permet de rapprocher les fibroxanthomes atypiques de la peau à ceux des parties molles.

Deux hypothèses peuvent être envisagées :

1) On peut imaginer que dans le cas des fibroxanthomes atypiques des parties molles, l'exérèse complète est plus difficile à conduire que dans les fibroxanthomes atypiques cutanés, et que de toute manière, l'intervention ne modifie pas les conditions loco-régionales. Cette intervention au contraire constitue une agression locale et, si l'on attribue un rôle déclenchant à la notion de traumatisme, elle reproduit des conditions favorables à la poursuite

du processus. Vus sous cet angle, les fibroxanthomes atypiques des parties molles peuvent donc être considérés comme des lésions granulomateuses agressives et peuvent même, peut-être, représenter de véritables états frontières entre processus de réparation et prolifération tumorale. De telles constatations peuvent également être faites pour d'autres formations comme les tumeurs desmoïdes par exemple.

2) La seconde hypothèse consiste à admettre qu'il existe bien des tumeurs fibroxanthomateuses malignes ou tout au moins semi-malignes qui constituent une entité nosologique particulière au même titre que les myxomes par exemple.

Quoiqu'il en soit, et quelle que soit l'interprétation des faits, il parait logique d'isoler, à côté des fibroxanthomes atypiques cutanés bénins, des tumeurs des parties molles possèdant la même structure histologique mais dont l'évolution est plus redoutable. Le terme de "fibroxanthome envahissant" conviendrait peut-être mieux que celui de fibroxanthome malin puisque jusqu'à présent, on ne connait pas d'exemple de métastase de telles formations.

C O N C L U S I O N S

---

1) Les fibroxanthomes atypiques cutanés constituent des exemples caractéristiques de lésions pseudo-tumorales bénignes, dont l'aspect histologique et clinique peut conduire à de faux diagnostics de tumeur maligne.

2) La morphologie si particulière de ces formations semble due essentiellement à la plasticité des cellules histiocytaires, à des perturbations métaboliques locales et à des phénomènes de souffrance cellulaire.

3) Les altérations dégénératives séniles du derme paraissent déterminantes dans l'apparition des fibroxanthomes atypiques cutanés, surtout si à ces altérations dégénératives s'ajoutent des agressions de nature diverse (tráumatismes, radiothérapie, brûlures, etc...)

4) Les fibroxanthomes atypiques cutanés peuvent donc être considérés comme de véritables granulomes de réparation et non comme des tumeurs.

5) Le problème apparait différent pour d'autres formations histologiquement semblables, mais développées dans les parties molles, qui sont généralement plus volumineuses, et qui présentent une évolution récidivante et envahissante. Ces formations semblent mériter l'appelation, sinon de fibroxanthome malin, du moins de "fibroxanthome envahissant des parties molles".

B I B L I O G R A P H I E

ACKERMAN, L.V.

Extra-osseous localized non-neoplastic bone and cartilage formation (So-called myositis ossificans).

J. Bone and Joint Surg. 1958, 40-A, 279-298.

BONENFANT, J.L.

Les conjonctivoses bénignes prolifères : Formes pseudo-tumorales et tumorales.

Compte-rendu de la 8e réunion plénière de la Société Anatomique de Paris. Congrès des Anatomo-pathologistes de langue française. Septembre 1965.

Laval Méd. Inc. Editeur. QUEBEC, 1966.

BOURNE, R.G.

Paradoxical fibro-sarcoma of skin (pseudo-sarcoma). Review of 13 cases.

M.J. Australia, 1963, 504-5I0.

HELWIG, E.B.

Communication personnelle à KEMPSON et Mac GAVRAN.

HUTTER, R.V.P., STEWART, F.W., and FOOTE, F.W.J.R.

Fasciitis. Report of 70 cases with follow-up proving benignity of lesion.

Cancer, 1962, 15, 992-I003.

KAY, S.

Subcutaneous pseudo-sarcomatous fibromatosis. Report of 4 cases.

Am. J. Clin. Path., 1960, 33, 433-438.

KEMPSON, R.L., MALCOLM, H. and Mac GAVRAN

Atypical fibroxanthomas of the skin.

Cancer, Nov 1964, vol.17, 11, 146I-I47I.

KERN, W.H.

Proliferative myositis, pseudo-sarcomatous reaction to injury. Report of 7 cases;

A.M.A. Arch. Path., 1960, 69, 209-2I6.

KONWALER, B.E., KEZSBEY, L., and KAPLAN, L.

Subcutaneous pseudo-sarcomatous fibromatosis (fasciitis).

Am. J. Clin. Path., 1955, 25, 24I-252.

RACHMANINOFF, N., MAC DONALD, J.R., and COOK, J.C.

Sarcomalike tumors of skin following irradiation.

Am. J. Clin. Path., 1961, 36, 427-437.

STOUT, A.P.

Pseudo-sarcomatous faciitis in children.

Cancer, 1961, 14, 1216-1222.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION ..... p. 1

A- LES FIBROXANTHOMES ATYPIQUES DE LA PEAU. 4

I- Observations personnelles 5

- Observation n°1 5
- Observation n°2 7

II Observations de KEMPSON et MAC GAVRAN 10

- Sexe et race 11
- Age 12
- Facteurs prédisposants possibles 12
- Etat de la peau 14
- Lésions cutanées associées 15
- Localisations 16
- Traitements effectués 16
- Evolution 17
- Caractéristiques histologiques ... 18

III Discussion 21

- Clinique 21
- Considérations étiologiques 22
- Problèmes anatomo-pathologiques .. 22
- Essai de classement nosologique .. 24
- Autres cas recueillis dans la Littérature 29
- Evolution, pronostic, traitement . 30

B- LES FIBROXANTHOMES ATYPIQUES DES PARTIES MOLLES 32

I- Observation 32

II Discussion 40

CONCLUSIONS 43

BIBLIOGRAPHIE 46

VU, le Président de Thèse

Professeur P. JOBARD

VU, le Doyen de la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de TOURS,

Professeur G. DESBUQUOIS

VU, et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie d'ORLEANS,

G. ANTOINE